

研究ノート

カウンセリングにおける可能性としての精神病前駆期という視点 I

矢崎 久

A Study on Counseling and Early Psychosis : A Preventive Approach

YAZAKI Hisashi

要 旨

カウンセリングをおこなっているにもかかわらず、クライアントの困惑する日常や精神状態が改善されず、膠着し、あるいは増悪しているように思われるとき、カウンセラーは次策をどう講ずるかを判断しなければならないという課題に直面する。

長期に及ぶかかる事態は、時としてクライアントの側の更なる不利益に繋がる。とりわけ学校現場での、学習の涵養、他者との関係構築、進級進学などの年余を要する課題への影響は計り知れない。クライアントの語る日常の困難さ、不安、そして恐怖。しかしこれらのエピソードの根底に、緩急強弱を彩りながらも確かに存在する特徴のある精神状態、その相当期間の継続が、延いてはさらなる日常の困難や精神的危機に繋がる場合があることが指摘されている。

特徴のある精神状態があり、これが相当期間継続し、さらなる悪化や可能性としての精神疾患も考えられたならば、早い段階から医療的・心理社会的支援をすることで、これらの者の生活機能の低下が防げるのではないかとする研究もなされている。

もちろん課題も指摘できる。たとえば、悪化や発症の可能性があるとする根拠とその妥当性、さらに対象が未成年者であれば、これらの可能性を根拠とした早期支援(医療的介入)は許容されるのか、である。

本稿では、まずカウンセリングの対象と範囲について、次にクライアントの見立てと治療効果検証の際の特異的精神症状の有無、これによる日常生活への影響度と継続期間、精神病(統合失調症)の発症する可能性などのカウンセラーが考慮すべき事項に触れる。これは、少なくともカウンセリング継続によるクライアントの状況の悪化があつてはならないという考え方が根底にあるからである。

次稿では、特異的精神症状とはなにか、精神病発症までの段階、早期支援の必要性の判断、介入のタイミングと期待される効果、倫理的課題、そして倫理的課題と精神病前駆期を視野に入れたカウンセリングのあり方を論ずる予定である。

キーワード

カウンセリングの対象と範囲 精神病前駆期 早期支援

目 次

I. はじめに

II. カウンセリングの対象かどうか

1. カウンセリングの対象と範囲

2. 可能性としての精神病前駆期という視点

文献

I. はじめに

カウンセリング・プロセスにおけるインテーク（初回面接）は、クライアントとカウンセラー双方の信頼関係を築くためのステップとされ、ここでのカウンセラーには、クライアントの言葉、表情、態度に注意を払いつつ、信頼関係の深化と治療関係の起点とする技量が求められる。ここで治療への同意が得られれば、以降は定期的にカウンセリングのセッションが重ねられ、状況を適宜評価し、判断し、必要があれば修正する、これが繰り返され終結に至る。

もとよりクライアントの抱える日常の困難さやカウンセリング・プロセスに同じものはない。終結までの道程は、見立てとほぼ違わぬ経過を辿るもの、停滞や一進一退の時期を経て徐々に改善してゆくもの、改善や軽快が見られないもの、悪化傾向が見受けられるもの、さらなる困難が生ずるものなどがあるが、これらを生ずる背景として、多様多彩な環境因、クライアントやカウンセラーのパーソナリティ、カウンセラーの力量、クライアントの治癒力、グループダイナミクスなどの諸相の絡み合いが考えられる。

カウンセリング・プロセスにおいては、時として、緩急強弱を彩りながらも、しかし困難さの根底に確かに存在する、その存在が日常に影響して事態を生じているのではないかと思われる、なにか、を感じることもある。それはたとえば修正しがたい認知の偏りや歪み、妄想さながらのエピソード、あるいは希死念慮であったりする。

しかし、これらが一時期感じられたとしても、カウンセリング・プロセスが進む過程で、一連が縮退、痕跡化、あるいは、まるで消滅してしまったかのようになることは少なくなく、あるいは、これらが存在しながらも、事態が改善、軽快、あるいは解消してゆくケースも存在する。

他方、事態が膠着し、これが相当期間継続しているのだが、しかし、だからといって他の機関へリファーするという決断も躊躇われるままに、結果としてカウンセリングが重ねられる場合も希ではないように思われる。たとえば学校カウンセリングにおける対人不安や恐怖、引きこもり、不登校、いじめといったエピソードは、いずれもポピュラーではあるものの、これらの事態が深刻になればなるほど、さらなるクライアントの不利益に繋がる可能性が高まる。一個（いちこ）の人として連綿と続く発達、学

力の涵養、知識の習得、進級や進学、自己と社会の関係構築などへ及ぼす計り知れない影響である。

II. カウンセリングの対象かどうか

1. カウンセリングの対象と範囲

もとよりカウンセリングは心理療法の一つであり、療法としての適用範囲があり、禁忌すべき事項もある。クライアントの年齢、主訴、精神的健康度、主治医の管理下にあるような精神疾患の有無などの状況次第ではカウンセリングの適用が妥当でない場合もある。また、カウンセリングをおこなう心理療法家にも万能な者などいない。もちろん、専門家と称するために求められる最低限度の知識と技術、そして臨床現場で実用可能な力量の備えは担保されているものと仮定しても、療法の得手不得手はある。カウンセリングを得意とする者、行動療法や認知行動療法に長けた者、心理アセスメントに経験と知識を豊富に持つ者がいれば、そうでない者がいることは当然だ。

本論のテーマであるカウンセリング。この療法が適用される範囲と対象について、平木典子は次のように述べている。「健常者を対象に、言語をおもな媒体として、行動の変容や適応の促進であり、挫折感などを極端に感じていて、人間として生きてゆくために必要な心理的エネルギーはほとんどない、あるいは精神状態が崩壊寸前という人たちを援助するものではない」¹⁾と。

しかしながらわが国では、いじめや不登校などの問題＝カウンセリング、社会不安や恐怖、気分障害、あるいは人格障害などの問題＝カウンセリングと、あたかもカウンセリングは万能な心理療法であるかの如く認識されているように思うのは私だけであろうか。もっとも、こころにまつわる問題＝カウンセリングとなる背景には、わが国においてしばしば見受けられる「相談」関係と、「カウンセリング」関係の混用も関係しているのかもしれない。

学校現場のカウンセリングでは、こころの問題が背景にあると考えられる事案が覚知された場合、教職員だけで処理することが難しい場合、教職員だけで事案にあたるのが適切ではないと判断された場合、クライアントは教職員によりカウンセラーに繋げられることがしばしばとなる。治療開始にあたりカウンセラーは、まずクライアントとの対話や関係者との面談により状況をつかみ、クライエ

トの精神的健康度、療法としてのカウンセリングの適否、他の心理療法の検討、療法の実施により見込まれる効果と危険性、さらに必要があると判断されれば他の機関へリファーするなどの、見立てがおこなわれる。ここでカウンセリングの適用が妥当と判断されれば、見立ての説明と治療の同意を得たうえで、治療目標を設定し、セッションが開始されることになる。この後はカウンセリング・プロセスの進捗に応じた好転あるいは改善が見受けられるのであればそれはそれでよい。だが、そうとなるばかりではない。事態が好転せず、膠着し、あるいはあたかも増悪しているのではないかと思われるような、次の一手をどうするかという悩ましい判断が求められる状況に直面することも希ではない。このような場合の心理療法家は、いかなる基準を参照して現状を判断し、次の一手を講ずるべきなのだろうか。

このことを考えるにあたり、患者と開業医の関係が参考になるように思われる。たとえば発熱で開業医の許を訪れた患者の場合であれば、医師の問診や血液検査の結果を手がかりとして、標準的な投薬等をおこなったうえで、ある期間を経ても改善しないようであれば再度来院するようにと患者に告げる。この後の経過において、患者の状況に改善が見受けられなければ、医師は次の一手を講ずるための判断材料として、患者に初診以降の状況を聞き、そのうえで必要であれば検査を追加で実施する。医師は、そこから得られた結果をもとにして、薬の処方あるいは治療法の変更など、自らの経験と技量、設備の範囲から最良と思われる判断をくだしたうえで、さらに一定期間経過を観察するか、もしくは、ここで自らに余ると判断されれば、より専門の医療機関へリファーすることは当然の如くおこなわれている。

それは、医師は自らの分を、対応できる範囲と心得ていること、さらなる抱え込みは、時に患者のいのちを危険に晒す可能性へと繋がることを学び、臨床の場で体験し、患者への誠実さとはなにかを知っているからだろう。

医師のこのような姿勢を、患者が、あるいは患者の周囲の者が、未熟な医師だとするだろうか。それどころか却ってその医師に信頼を寄せ、延いては地域医療や医療全体への信頼獲得に繋がっているのではないか。この背景には、医学臨床の日々の積み重ねによる知見、検査数値、診断、治療法、そしてその結果に関するデータの蓄積、さらには新技術の開発と実用化が相俟り、よりよい医療がわれ

われに提供され、そしてこれが繰り返される好循環があるからだと思われる。

他方、カウンセラーなどの心理療法家の場合はどうだろうか。不定形で計測しがたい、こころの問題、という対象の相違を除けば、人間を対象としているところは医師と似ている。カウンセリングを含む臨床心理学において、データの蓄積や科学的根拠のある実用可能な判断および治療法の確立が臨床医学同様にできるかと問われれば、残念ながら甚だ心許ない状況にあると現時点ではいわざるをえない。そうであるのだから、心理臨床は曖昧模糊な人間の性質を対象とするのだから、カウンセリングをおこないつつ、時には相当の期間、経過を観察するのは致し方ないのではないかという論もでてくるかもしれない。致し方ないからといってなされる、相当期間のカウンセリングが、クライアントにとって結果的に稔りあるもの、あるいは少なくとも害がないものであるならば、それはそれでよい。だがしかし、である。かかる理由でなされるカウンセリングが、結果としてクライアントの稔りに繋がらない、あるいは害になる可能性さえ孕んでいるとするならば、はたして判断はどうなのかという疑念がわく。

渡辺三枝子は、「かつて、カウンセリング心理学が誕生したとき、スーパー (D.E. Super) はカウンセリング心理学の特徴を『予防・衛生』および『すべての人の中にある正常性』に焦点をあてることと述べた²⁾と述べている。カウンセリング心理学の、療法としてのカウンセリングの適用も、この「予防・衛生」にあるのなら、これらが適う対象者、心理状態、時宜 (タイミング) があるだろう。そして、もしこれらが適う者を同定することができれば、クライアントをさらなる不利益に晒す可能性の幾分かを排除し、あるいは軽減できるのではないか。またカウンセリングの焦点が、「人の中にある正常性」にあるのなら、カウンセラーは、治療開始に先立つアセスメントにおいて、あるいはプロセス評価のアセスメントにおいて、クライアントが直面する日常の困難さや精神状態のなかの焦点、クライアントのなかにある正常性への焦点—もちろん正常性の範囲をどのように同定するのかという、実現することそのものが不可能とは思われるのだが—ここが明らかになれば、あるいは、少なくとも、正常性とすることはできそうもないこと、ここさえ明らかにできれば、眼前のクライアントの諸問題が、自身が扱う範囲の内にあるのか、そうでないかを知ることができ

るのではないかとと思われる。

2. 可能性としての精神病前駆期という視点

精神病前駆期と、この可能性を考慮したカウンセリングについてはⅢ章として次稿で論ずるが、ここでは精神病前駆期に視点をあてる理由について簡単に触れる。

「平成20年度厚生労働科学研究費補助金『思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究』」では、わが国における男女別年齢別死亡原因疾患(図1)から、児童思春期年齢においては神経・精神疾患(neuropsychiatric conditions)への対策が求められるとし、その試みの一つとしてイギリスなど諸外国の対策を参考にした、わが国の実情に即した早期介入策のあり方について示している。

ここでは、まず統合失調症であると診断されて

いるクライアントが初めて同症だと診断された日以前に、どのような精神症状が見受けられたのか、それはどの程度の強度と期間継続していたのか、これによる日常生活の困難さはどの程度あったのか、などが調査され、発病に至るまでの期間は病相の類似性から複数の段階(ステージ)に分類することができ、さらにこれらの段階を経ながら初回発症に至る可能性を指摘する。

つぎに発病前の各段階から、特異的な陽性症状体験(Psychotic-like experience)を認める段階、および精神病発症危険状態(At Risk Mental State)を認める段階を「精神病前駆期」と定義、この段階での心理社会および医療的介入を「早期支援」として、そのありかた³⁾を示している。

もちろん、まだ精神病だと診断されてもいないのに、特異的な精神状態や日常生活の困難さが認め

Percent of DALYs by cause, age & sex Japan, 2002

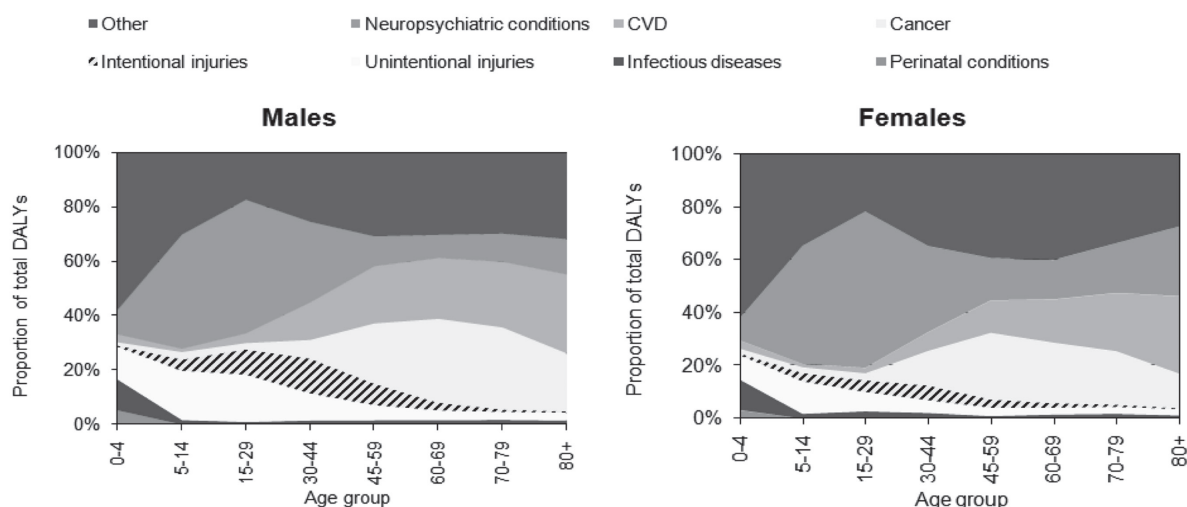


図1. 男女別年齢別死亡原因疾患

資料：北里大学医学部 佐藤敏彦先生提供

※DALYs (Disability-Adjusted Life Years) = 疾病により失われた生命や生活の質

表1. キーワードと刊行後の論文数推移 (web of science)

	1988～1997	1998～2007
・ early psychosis	336本	→ 1,883本
・ first onset psychosis	144	→ 767
・ First episode psychosis	171	→ 1,834
・ At risk for psychosis	473	→ 2,380
・ Ultra high risk for psychosis	0	→ 122
・ Prodrom psychosis	35	→ 429
累計	1,520	→ 9,828

「The Recognition and management of Early Psychosis」 (McGorry & Jackson. 2009)

られるというだけで即、医療的介入がなされることがあれば、それは倫理的課題を生ずる可能性に繋がるだろう。

しかし、だからといって、カウンセリングやその継続が、クライアントの症状悪化や日常の困難さのさらなる悪化を引き起こしてしまう事態だけは避けなければならない。

精神状態や日常生活の困難さをどのように見立て判断するのか、心理社会的、あるいは医療的介入については『早期精神病の診断と治療』⁴⁾が詳しい。同書では、早期介入早期精神病 (early psychosis)、初回エピソード精神病 (first episode psychosis)、精神病発症危険状態といったキーワード検索でヒットした論文数についての10年間の推移(表1)から、この分野ではオーソドックスとされた発症後の薬物および心理療法のあり方から、重症化予防および日常生活の質の向上を目指した早期介入のあり方に、研究者らの関心がシフトしてきていることが窺えるとしている。

また、研究者らが早期介入に関心を寄せるようになった理由として、統合失調症発症だと診断されてから薬物療法を開始するこれまでの標準的治療法には回復の限界があること、前駆期に形成される精神機能障害によって最終的な回復の上限が決められてしまうこと、精神機能に影響を及ぼす症状を軽減することでクライアントの日常の困難さが軽減できるのではないか、などをあげている。

文献

- ¹⁾ 平木典子著. カウンセリングの話. 朝日新聞社. p.11 (2004)
- ²⁾ 渡辺三枝子著. 新版 カウンセリング心理学. ナカニシヤ出版. p.17 (2002)
- ³⁾ 厚生労働省. 平成20年度科学研究費補助金「思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究」研究代表岡崎祐士 (2009)
- ⁴⁾ 水野雅文, 鈴木道雄, 岩田伸生監訳. 早期精神病の診断と治療. 医学書院 (2010)